

OFERTA

**Udzielający Zamówienia: Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa
w Zielonej Górze, 65-046 Zielona Góra ul. Zyty 21**

Ofertę składa:

Nazwa Przyjmującego Zamówienie: -----

(adres)

Tel/fax ----- e-mail -----

Regon ----- NIP -----

nazwa podstawowego banku, nr konta -----

W odpowiedzi na zamieszczone ogłoszenie o Konkursie Ofert w Sprawie Zawierania Umów na Udzielanie Świadczeń Zdrowotnych w Zakresie Badań Immunologii Transfuzjologicznej, Preparatyki i Wydawania Składników Krwi w Regionalnym Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Zielonej Górze:

1. Oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia, zgodnie z warunkami zawartymi w Szczegółowych Warunkach Konkursu za cenę:

- cenę za świadczoną usługę w dzień roboczy od godziny 19:00 do godziny 7:00 następnego dnia..... zł

- cenę za świadczoną usługę w sobotę, niedzielę i święta od godz. 7:00 do godziny 7:00 następnego dnia zł.

2.Świadczenie usług będzie wykonywane zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami oraz zaleceniami Instytutu Hematologii i Transfuzjologii w Warszawie.

3.Termin realizacji zamówienia: zamówienie będzie realizowane w każdy dzień roboczy oraz soboty, niedziele i święta przez okres 12 miesięcy od 01.01.2022 roku do 31.12.2022 roku.

4.Oświadczam, że zapoznałam/zapoznałem się z treścią Ogłoszenia, Regulaminem Przeprowadzania Konkursu Ofert, przepisami art. 26 ustawy z dnia 07 października 2011r. o działalności leczniczej (**Dz.U. z 2021 r., poz. 711 t.j.**) oraz Szczegółowymi Warunkami Konkursu (w tym ze wzorem umowy) i nie wnoszę do niej zastrzeżeń oraz przyjmuję warunki w niej zawarte.

5.Oświadczam, że posiadam odpowiednie uprawnienia i kwalifikacje niezbędne do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem oferty.

6. Oświadczam, że uważam się za związanym niniejszą ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.

7. W przypadku przyznania mi zamówienia, zobowiązuję się do zawarcia umowy w miejscu i terminie wskazanym przez Udzielającego Zamówienia.

7.Składałam niniejszą ofertę we własnym imieniu.

8.Nazwisko i imię: -----

Upoważniony do podpisania niniejszej oferty w imieniu:

Uwaga: Pełnomocnictwa dla osób podpisujących ofertę dołączyć do oferty.

Miejscowość i data :

podpisy i pieczęcie osób upoważnionych do reprezentowania firmy

DYREKTOR
Regionalnego Centrum
Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa
w Zielonej Górze

Małgorzata Fabisz-Kołodziejńska

Niniejsza oferta obejmuje następujące załączniki:

- 1) wykaz wykonanych usług w zakresie niezbędnym do wykazania spełniania warunku wiedzy i doświadczenia w okresie ostatnich trzech lat przed upływem terminu składania ofert a jeżeli okres działalności jest krótszy - w tym okresie, z podaniem ich wartości, przedmiotu, dat wykonania i odbiorców, oraz dokumentu potwierdzającego, że te usługi zostały lub są wykonywane należycie (referencje),
- 2) zaświadczenie uprawniające do wykonywania badań będących przedmiotem zamówienia wydane zgodnie z zasadami ustalonymi przez Instytut Hematologii i Transfuzjologii na podstawie art. 25 pkt.12 ustawy z dnia 22 sierpnia 1997 r. o publicznej służbie krwi **(Dz.U. 2021 poz. 1749 t.j.)**
- 3) aktualny dokument potwierdzający, że osoba/y podpisująca ofertę jest umocowana do zaciągania zobowiązań w imieniu Przyjmującego Zamówienie,
- 4) kserokopia polisy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej na udzielanie świadczeń zdrowotnych aktualna na dzień złożenia oferty,
- 5) oświadczenie potwierdzające znajomość programu komputerowego obowiązującego w RCKiK w Zielonej Górze,
- 6) aktualne zaświadczenie lekarskie wydane przez lekarza medycyny pracy potwierdzające, że stan zdrowia pozwala na udzielanie świadczeń.

DYREKTOR
Regionalnego Centrum
Krwiodawstwa i Krwiopielnictwa
w Zielonej Górze

Monika Bobiar-Kołodziejńska